Deutscher Bundestag **Drucksache 14/8972**

14. Wahlperiode 06. 05. 2002

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Monika Balt, Dr. Ruth Fuchs, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der PDS – Drucksache 14/8737 –

Sozialgesetzbuch IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Erste Erfahrungen bei der Umsetzung in die Praxis

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 1. Juli 2001 trat das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" in Kraft. Das umfangreiche Gesetz soll Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft fördern. Das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht wird in bestimmten Maße fortentwickelt und zusammengefasst. Zugleich sollen die in der Rehabilitation und der Behindertenhilfe gewährten Versicherungs-, Versorgungs- und Sozialhilfeleistungen vereinheitlicht und Verfahrensabläufe durch Einführung von gemeinsamen Servicestellen für die betroffenen Bürgerinnen und Bürger vereinfacht werden.

Das SGB IX selbst ist kein Leistungsgesetz. Es fungiert aber als eine Art „Klammer", um die bestehenden Leistungsgesetze und das nach wie vor gegliederte System der Rehabilitation abgestimmter zur Geltung zu bringen. Gleichzeitig wird das gegliederte System der Rehabilitation durch die Einbeziehung der Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe erweitert.

Der Gesetzestext selbst hebt die Idee der Teilhabe hervor. Teilhabe bedeutet nach Auffassung des Gesetzgebers: behinderte Menschen sollen durch notwendige Sozialleistungen die Hilfen erhalten, die sie benötigen, um am Leben der Gesellschaft und insbesondere am Arbeitsleben teilnehmen zu können. In diesem Zusammenhang sind auch Leistungen zur Teilhabe von behinderten Menschen am Leben der Gemeinschaft vorgesehen (§§ 55 bis 59), die nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder ergänzende Leistungen erbracht werden. Sie sollen die Betroffenen, auch wenn sie hohen Pflege-, Assistenz-, Anleitungs- und/oder Begleitungsbedarf haben, weitgehend unabhängig von Pflegekosten machen.

Das SGB IX beinhaltet eine Reihe von Neuerungen und Änderungen, die sowohl auf fachlicher Ebene als auch von den betroffenen Menschen selbst und ihren Angehörigen diskutiert und eingefordert wurden. Dazu gehören insbesondere die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts, die Beteiligung behinder-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 30. April 2002 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

ter Menschen und ihrer Verbände an der Planung und Durchführung der Rehabilitation, die Einführung eines „persönlichen Budgets“ und die Erweiterung um Leistungen der „notwendigen Arbeitsassistenz“.

Neu ist u. a., dass die Fristen von der Antragstellung in einer Angelegenheit bis zu ihrer Entscheidung festgelegt sind (deutlich verkürzte Verfahrensdauer) und dass die Rehabilitationsträger Zuständigkeitsfragen untereinander klären müssen (§ 14 SGB IX). Sie sind zur Zusammenarbeit verpflichtet (§ 12 SGB IX).

Erstmals wird mit dem SGB IX versucht, die für entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder bedeutsame Frühförderung zu regeln.

Änderungen betreffen – neben den materiell-rechtlichen Bestimmungen des SGB IX – auch eine Vielzahl anderer Gesetze, wie z. B. wichtige Aspekte des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG).

Insgesamt werden in 60 Artikeln Sozialleistungsgesetze geändert. Geändert wurde auch die begriffliche Diktion. So werden in diesem Gesetz z. B. nicht mehr die Begriffe „Behinderter“ oder „Schwerbehinderter“ benutzt, sondern der Begriff „Menschen mit Behinderung“. Die Hauptfürsorgestellen wurden mit sich z. T. neu ergebenden Aufgabenstellungen zu Integrationsämtern. Der Begriff „Maßnahme“ wurde durch den Begriff „Leistung“ ersetzt, „Krankenhilfe“ durch „Hilfe bei Krankheit“ und „Rehabilitation“ durch „Leistung zur Teilhabe“. Eine Reihe von Fragen im SGB IX sollen durch „Verordnungsermächtigungen“ geregelt werden.

Bei Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen, bei Verbänden, Leistungserbringern, Leistungsträgern und Integrationsämtern machen sich bei der Inanspruchnahme und Gewährung von Leistungen des SGB IX (praktische Umsetzung, Verabschiedung z. B. von Durchführungsbestimmungen und Rechtsverordnungen) neben Hoffnungen auch Unsicherheiten und offensichtlich ungeklärte Fragen bemerkbar.

So wies z. B. die Bundesvereinigung „Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.“, die das SGB IX als einen wichtigen Schritt zur Verwirklichung des Rechts auf Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben charakterisiert, beim „Parlamentarischen Abend“ am 27. Februar 2002 auf eine Reihe von schwierigen Umsetzungsfragen hin. Das reicht z. B. von zögerlicher Einrichtung der Servicestellen über generelle Benachteiligungen im ambulanten Bereich, Benachteiligungen beim ambulant betreuten Wohnen und beim Einkommenseinsatz beim Übergang vom vollstationär betreuten in ambulante Wohnformen bis hin zu höherem Elternunterhalt bei ambulanter Betreuung.

Die Fraktion der PDS hat im Vorfeld und im Verlauf des parlamentarischen Verfahrens hervorgehoben, dass die im SGB IX enthaltenen Neuerungen für behinderte Menschen einerseits Chancen für ein mehr selbstbestimmtes Leben eröffnen. Andererseits können sie aber oft nur ungenügend ihre praktische Wirksamkeit entfalten. Damit blieben Menschen mit Behinderungen für tatsächlich selbstbestimmte Teilhabe am Leben der Gemeinschaft vielfach enge Grenzen gesetzt.

1. Über welche ersten wesentlichen Erfahrungen verfügt die Bundesregierung bei der Umsetzung des grundlegenden Ziels des SGB IX, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu fördern?

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist am 1. Juli 2001 in Kraft getreten. Mit ihm wurden für sieben unterschiedliche Sozialleistungsbereiche – teils beitragsfinanziert, teils steuerfinanziert – einheitliche Regelungen geschaffen.

Die Umsetzung des umfassenden Gesetzgebungswerks, wie es das SGB IX mit insgesamt 68 Artikeln auf 96 Seiten im Bundesgesetzblatt darstellt, kann nicht von heute auf morgen in vollem Umfang und ohne alle Probleme stattfinden.

Sie gestaltet sich jedoch bisher insgesamt positiv. Unklarheiten und unterschiedliche Auslegungen einzelner Vorschriften sind normal und können ausgeräumt werden.

Die Bundesregierung begleitet den Prozess der Umsetzung des Gesetzes sehr aufmerksam. So hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Walter Riester, bereits im Oktober 2001 mit den Verbänden behinderter Menschen ein Gespräch geführt, das auch die Umsetzung des SGB IX zum Inhalt hatte. Neben einer breiten Öffentlichkeitsarbeit hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mehrfach Veranstaltungen durchgeführt, in denen gemeinsam mit den Rehabilitationsträgern, den Ländern und den Verbänden behinderter Menschen Zwischenbilanz zur Umsetzung des SGB IX gezogen wurde; aufgrund einer Einladung vom 8. März 2002 geschah dies zuletzt am 19. April 2002. Die regelmäßigen Zusammenkünfte aller Beteiligten sollen fortgesetzt werden.

Die Bundesregierung hat in dieser Legislaturperiode bei allen das Recht behinderter Menschen betreffenden Gesetzgebungsarbeiten von Anfang an den engen Dialog mit den Organisationen der behinderten Menschen gesucht, darüber hinaus aber auch mit allen anderen Beteiligten, insbesondere den Trägern von Rehabilitationsleistungen und den Ländern, und zwar nicht nur in Form einer Anhörung, sondern in einer konstruktiven Auseinandersetzung mit den Problemen und Wünschen. In ergebnisorientierten Diskussionen wurde das SGB IX gemeinsam und auf gleicher Augenhöhe entwickelt. Deshalb gehen viele Regelungen des SGB IX auf die Anregung behinderter Menschen selbst oder ihrer Organisationen zurück. Auch das ist Ausdruck gleichberechtigter Teilhabe.

Die Termine für Berichte zur Umsetzung des SGB IX sind im Gesetz selbst eindeutig geregelt; sie werden eingehalten werden. Hinsichtlich einzelner wesentlicher Erkenntnisse wird auf die Antworten zu den nachfolgenden Fragen verwiesen.

2. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, inwieweit und mit welchen Ergebnissen die Rehabilitationsträger den Vorrang von Prävention nach § 3 SGB IX sichern und so der Eintritt einer Behinderung und von chronischen Krankheiten vermieden wird?

§ 3 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Möglichkeiten, mit den für sie geeigneten Mitteln mit dem Ziel tätig zu werden, Behinderungen so weitgehend wie möglich zu vermeiden. Hierbei wird das Vermeiden von Behinderungen nicht als eigene, gesonderte Sozialleistung verstanden, sondern als ein Grundprinzip, das nicht nur im Zusammenhang mit Sozialleistungen, sondern insbesondere auch im betrieblichen Kontext zu berücksichtigen ist.

Die Geschäftsstelle der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat mit den Vorarbeiten für eine gemeinsame Empfehlung zur „frühzeitigen Feststellung des Rehabilitationsbedarfs“ begonnen. Darin klären die Rehabilitationsträger

– in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX),
– in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind (§ 13 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX) sowie

– das Verfahren eines Informationsaustauschs mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und den in § 84 genannten Vertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe (§ 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX).

Eine abschließende Beurteilung kann erst auf Grundlage der abzuschließenden gemeinsamen Empfehlung und der hiermit gemachten Erfahrungen abgegeben werden. Die Rehabilitationsträger teilen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß § 13 Abs. 8 SGB IX jährlich ihre Erfahrungen mit. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellt dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den Ländern eine Zusammenfassung zur Verfügung.

3. Über welche Erkenntnisse verfügt die Bundesregierung und welche Probleme sieht sie bei der nahtlosen Einbeziehung der neuen Rehabilitationsträger (Träger der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe) zur Sicherung des im Gesetz vorgegebenen Aufgaben- und Leistungskatalogs?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine besonderen Erkenntnisse vor.

4. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung über den Stand der Sicherstellung von barrierefreien Zugängen zu den Einrichtungen der Sozialleistungsträger, den Verwaltungs- bzw. Dienstgebäuden der Rehabilitationsträger vor (bitte differenziert nach Rehabilitationsträgern und Bundesländern ausweisen)?

§ 17 Abs. 1 Nr. 4 Erstes Buch Sozialgesetzbuch bestimmt, dass alle Leistungsträger – also nicht nur die Rehabilitationsträger – darauf hinzuwirken haben, dass ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden.

Nach § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB IX achten die Rehabilitationsträger darauf, dass für eine ausreichende Zahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen.

§ 23 Abs. 3 Satz 1 SGB IX enthält für die Rehabilitationsträger die Verpflichtung, die gemeinsamen Servicestellen so auszustatten, dass Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen.

Eine umfassende Übersicht über die Anzahl barrierefrei zugänglicher Einrichtungen aller Sozialleistungsträger und über die Verwaltungs- und Dienstgebäude aller Rehabilitationsträger ist in der für die Beantwortung der Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich. In einer gemeinsamen Besprechung am 19. April 2002 wurden die Rehabilitationsträger hierzu befragt.

Nach Aussage des Verbandes der Rentenversicherungsträger bestehen bei Verwaltungsgebäuden kaum noch Zugangsbarrieren.

Zur Barrierefreiheit der gemeinsamen Servicestellen geben die Rehabilitationsträger an, dass Zugangsbarrieren zu den Servicestellen fast nirgendwo bestehen. Nachbesserungen und Baumaßnahmen, die sich aus der Beachtung der einschlägigen DIN-Normen ergeben, wurden eingeleitet. Beispielsweise bestehen zurzeit in einigen gemeinsamen Servicestellen im Sanitärbereich noch Probleme, deren Beseitigung eingeleitet wurde.

Hinsichtlich des Abbaus von Kommunikationsbarrieren müssen situationsorientierte Lösungen gefunden werden. Als sehr wirksam wird die Beteiligung der Verbände der behinderten Menschen an der barrierefreien Errichtung der Ser-

vicestellen und eine entsprechende „Zertifizierung“ durch diese Verbände angesehen, wie diese beispielsweise in Baden-Württemberg erfolgte.

5. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über den Abschluss und die Wirksamkeit von gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach §§ 6 (Rehabilitationsträger) und 13 (Gemeinsame Empfehlungen) SGB IX vor und wie bewertet sie den dabei bisher erreichten Stand?

Gemäß § 13 Abs. 7 Satz 1 SGB IX vereinbaren die Rehabilitationsträger die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Die BAR-Geschäftsführung hat mitgeteilt, dass auf BAR-Ebene derzeit von vier Fachgruppen der Rehabilitationsträger für folgende gemeinsame Empfehlungen Vorschlagsentwürfe erarbeitet werden:

- Gemeinsame Empfehlungen zur Abgrenzung der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung und der sonstigen Leistungen der fachübergreifenden Dienste und Einrichtungen – Früherkennung/Frühförderung – (§ 30 Abs. 3 SGB IX);
- Gemeinsame Empfehlungen über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens – Zuständigkeitsklärung – (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX);
- Gemeinsame Empfehlungen, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden – Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit – (§ 12 Abs. 1 i. V. m. § 13 Abs. 1 SGB IX);
- Gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringung – Qualitätssicherung – (§ 20 Abs. 1 SGB IX).

Darüber hinaus haben in der Geschäftsstelle der BAR die Vorarbeiten für eine gemeinsame Empfehlung zur „frühzeitigen Feststellung des Rehabilitationsbedarfs“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 2, 8 und 9 SGB IX begonnen.

Sobald die Vorschlagsentwürfe vorliegen, werden diese entsprechend des auf BAR-Ebene vereinbarten „Verfahrens für die Vorbereitung und Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen nach dem SGB IX“ den nach § 13 Abs. 6 SGB IX zu beteiligenden Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz (§ 13 Abs. 7 Satz 2 SGB IX) zur Stellungnahme zugeleitet.

Auf Grundlage der eingeholten Stellungnahme wird der auf BAR-Ebene gebildete Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ einen Vorschlag beschließen, der dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den Ländern zur Herstellung des Benehmens zugeleitet wird. Es ist damit zu rechnen, dass der Vorschlag der gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ als erster in Kürze vorgelegt wird.

Vor dem Hintergrund, dass die Rehabilitationsträger insgesamt mehr als dreizehn gemeinsame Empfehlungen vereinbaren müssen, ist der Sachstand als zufriedenstellend zu beurteilen.

Die Wirksamkeit vereinbarter gemeinsamer Empfehlungen wird aufgrund der Berichte nach § 13 Abs. 8 SGB IX zu beurteilen sein. Danach übermittelt die

BAR auf Grundlage der ihr von den Rehabilitationsträgern jährlich mitgeteilten Erfahrungen mit den gemeinsamen Empfehlungen dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den Ländern eine Zusammenfassung.

6. Welche aktuellen Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Aufbau, die Anzahl und die Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen und die damit gewollte ortsnahe Beratung und Unterstützung behinderter Menschen (bitte differenziert nach Bundesländern)?

Die Rehabilitationsträger haben die gemeinschaftliche Aufgabe, die gemeinsamen Servicestellen unverzüglich in allen Landkreisen und kreisfreien Städten einzurichten. Die Landesversicherungsanstalten haben die Federführung bei der Umsetzung übernommen.

Nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IX soll grundsätzlich für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt eine gemeinsame Servicestelle eingerichtet werden. Ist eine ortsnahe Beratung und Unterstützung gewährleistet, kann eine gemeinsame Servicestelle auch für mehrere kleine Landkreise und kreisfreie Städte eingerichtet werden. Die Länder Berlin, Bremen und Hamburg haben aufgrund ihrer besonderen Situation die Möglichkeit, entsprechend ihrem jeweiligen Verwaltungsaufbau eigene Lösungen zu finden.

Bisher (Stand 22. April 2002) wurden 216 gemeinsame Servicestellen in folgenden Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet:

Baden-Württemberg:	Mannheim, Stuttgart, Reutlingen, Aalen, Heilbronn Schwäbisch-Hall, Karlsruhe, Villingen-Schwenningen, Freiburg, Lörrach, Ravensburg, Ulm,
Bayern:	Aschaffenburg, München, Fürstenfeldbruck, Starnberg, Garmisch-Partenkirchen, Rosenheim, Bad Reichenhall, Bad Tölz, Landshut, Pfarrkirchen, Mühldorf, Ingolstadt, Dachau, Freising, Erding, Ebersberg, Augsburg, Donauwörth, Landsberg, Kempten, Kaufbeuren, Memmingen, Lindau, Günzburg, Nürnberg, Amberg, Neumarkt, Weiden, Regensburg, Kelheim, Cham, Passau, Regen, Straubing, Deggendorf, Hof, Bayreuth, Wunsiedel, Tirschenreuth, Bamberg, Coburg, Würzburg, Kitzingen und Schweinfurt,
Berlin:	5 gemeinsame Servicestellen,
Brandenburg:	Cottbus, Potsdam, Luckenwalde, Strausberg, Eberswalde, Perleberg und Frankfurt/Oder,
Hamburg:	2 gemeinsame Servicestellen,
Hessen:	Marburg,
Nordrhein-Westfalen:	Düsseldorf, Mönchengladbach, Wuppertal, Remscheid, Essen, Duisburg, Kleve, Krefeld, Köln, Leverkusen, Gummersbach, Aachen, Düren, Bonn und Lüdenscheid,
Rheinland-Pfalz:	Trier und Speyer,
Saarland:	Saarbrücken, Homburg, Neunkirchen, St. Wendel, Merzig und Saarlouis,
Sachsen:	Dresden, Großenhain, Meißen, Freital, Dippoldiswalde, Sebnitz, Kamenz, Bautzen, Löbau, Zittau, Niesky, Weißwasser, Hoyerswerda, Leipzig, Delitzsch, Borna, Döbeln, Oschatz, Wurzen, Eilenburg, Torgau,

	Zwickau, Auerbach, Schwarzenberg, Glauchau, Werdau, Reichenbach, Plauen, Oelsnitz, Chemnitz, Rochlitz, Hohenstein-Ernstthal, Stollberg, Zschopau, Annaberg-Buchholz, Olbernhau, Flöha und Hainichen,
Sachsen-Anhalt:	Halle, Merseburg, Lutherstadt Eisleben, Köthen, Bernburg, Aschersleben, Quedlinburg, Sangerhausen, Naumburg, Weißenfels, Bitterfeld, Dessau, Lutherstadt Wittenberg, Halberstadt, Wernigerode, Magdeburg, Schönebeck, Zerbst, Burg, Haldensleben, Oschersleben, Stendal und Gardelegen,
Schleswig-Holstein:	Norderstedt, Lübeck, Kiel, Neumünster und Flensburg,
Thüringen:	Saalfeld, Rudolstadt, Gera, Jena, Schleiz, Bad Salzungen, Leinefelde, Sonneberg, Suhl, Schmalkalden, Erfurt, Arnstadt, Weimar, Sömmerda, Sondershausen, Nordhausen, Gotha und Mühlhausen.

Nach Auskunft des Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger wurden insgesamt 544 Standorte festgelegt; er geht davon aus, dass bis zum Jahresende in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen eingerichtet sein werden.

Für den Fall, dass die gemeinsamen Servicestellen nicht bis zum 31. Dezember 2002 in allen Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet sind, bestimmt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrates die Einrichtung der gemeinsamen Servicestellen sowie deren Organisation und die Beteiligung der Rehabilitationsträger gemäß § 25 SGB IX durch Rechtsverordnung.

Zur Arbeitsweise der gemeinsamen Servicestellen können derzeit noch keine allgemeinen Aussagen getroffen werden, da erst wenig Erfahrungen bestehen.

7. Welche Maßnahmen sind nach Ansicht der Bundesregierung erforderlich, um ggf. vorhandene Defizite beim Aufbau und bei der Effektivität gemeinsamer Servicestellen abzubauen und ihre Wirksamkeit im Interesse von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen?

In der Besprechung mit den Verbänden der behinderten Menschen, den Rehabilitationsträgern und den Ländern am 19. April 2002 ist deutlich geworden, dass die Inanspruchnahme der Servicestellen regional sehr unterschiedlich und insgesamt noch nicht zufriedenstellend ist. Dies beruht unter anderem darauf, dass das Angebot dieser Stellen bei hilfesuchenden Menschen noch zu wenig bekannt ist. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat deshalb die Rehabilitationsträger mehrfach aufgefordert, die gemeinsamen Servicestellen in geeigneter Weise auf regionaler Ebene bekannt zu machen. Aber auch die Verbände und Organisationen der behinderten Menschen sind aufgefordert, ihren Mitgliedern das Angebot der gemeinsamen Servicestellen bekannt zu machen.

Die Adressen der nach Kenntnis des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung bereits arbeitenden gemeinsamen Servicestellen können über die Internetseiten des Ministeriums abgerufen werden. Nach Auskunft des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger wird auch dieser in Kürze auf seiner Internetseite ein Adressenverzeichnis mit detaillierten Angaben über jede Servicestelle veröffentlichen.

Des Weiteren sind die Rehabilitationsträger aufgefordert worden, vermehrt die Kompetenz behinderter Menschen zu nutzen, indem sie deren Verbände einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen frühzeitig an der Arbeit der gemeinsamen Servicestellen beteiligen. Aber auch die Behindertenorganisationen sind aufgefordert, bei Bedarf Initiative zu ergreifen.

8. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zur Wahrnehmung und Gewährung des Wunsch- und Wahlrechts durch Menschen mit Behinderungen bzw. Rehabilitationsträger vor?

9. Wie gestaltet sich nach Kenntnis der Bundesregierung die praktische Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 (Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten) SGB IX, insbesondere mit Blick auf das „persönliche Budget" im § 17 (Ausführung von Leistungen), und wie wirken sich hierbei der Vorbehalt nach § 7 (Vorbehalt abweichender Regelungen) hinsichtlich der spezifischen Gesetzlichkeiten der jeweiligen Rehabilitationsträger sowie der § 17 (Ausführung von Leistungen) für die betroffenen Antragsteller von Leistungen nach dem SGB IX aus?

Probleme bei der Umsetzung der mit dem SGB IX erweiterten Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten sind nicht bekannt. Auch die Verbände behinderter Menschen, die Länder und die Rehabilitationsträger haben anlässlich der Besprechung am 19. April 2002 erklärt, dass ihnen hierüber bisher keine Erkenntnisse vorliegen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bisher nur wenig Erfahrung mit der Leistungsform des persönlichen Budgets. § 17 Abs. 3 SGB IX bestimmt deshalb, dass die Rehabilitationsträger hierzu Modellprojekte entwickeln sollen. In Rheinland-Pfalz wurde das seit etwa fünf Jahren bestehende Modellprojekt in der Sozialhilfe über den Modellstatus hinaus und – bis auf sechs Kreise und kreisfreie Städte – auf das ganze Land ausgeweitet. In Baden-Württemberg befasst sich seit Oktober 2001 eine Arbeitsgruppe mit der Vorbereitung eines Modellvorhabens. Das Modellvorhaben soll im Oktober 2002 mit etwa 250 Teilnehmern beginnen, zwei Jahre dauern und wissenschaftlich begleitet werden. In der Besprechung am 19. April 2002 hat der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger erklärt, dass für seinen Bereich zurzeit geprüft werde, für welche Bereiche Modellvorhaben in Betracht kommen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung weist in seiner Broschüre „Fragen & Antworten für die Praxis zur Umsetzung des SGB IX" ausdrücklich darauf hin, dass die Rehabilitationsträger den Wunsch nach einem persönlichen Budget nicht allein unter Hinweis auf noch fehlende Modellvorhaben ablehnen können. Soweit die Einräumung eines persönlichen Budgets entscheidungsreif ist, ist dieser Weg im Gesetz auch über Modellvorhaben hinaus vorgesehen.

Gemäß § 7 Satz 1 SGB IX sind die Vorschriften des SGB IX über die Leistungen zur Teilhabe von den Rehabilitationsträgern unmittelbar anzuwenden, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Viele dieser Regelungen wurden – auch vor dem Hintergrund der Leistungsform des persönlichen Budgets – im Zuge des SGB IX gestrichen, durch Bezugnahmen auf das SGB IX ersetzt oder inhaltlich angepasst. Auswirkungen des Vorbehalts spezieller Regelungen der Rehabilitationsträger auf die praktische Umsetzung des § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX sind bisher nicht bekannt.

10. Welche Erfahrungen und Probleme sind der Bundesregierung über den Verlauf und die durchschnittliche Bearbeitungsdauer (vom Antrag bis zur Entscheidung) im Zusammenhang mit der Zuständigkeitserklärung zwischen Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern nach §§ 14 (Zuständigkeitsklärung) sowie 102 (Aufgaben des Integrationsamtes) Abs. 6 bekannt?

Probleme im Zusammenhang mit der Zuständigkeitsklärung zwischen den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern sind der Bundesregierung nicht bekannt geworden. Auch auf der Besprechung mit den Ländern, den Rehabilitationsträgern, den Integrationsämtern und den Verbänden der behinderten Menschen am 19. April 2002 sind – auch auf Nachfragen – keine Probleme benannt worden. Der Zuständigkeitsbereich der Integrationsämter ist im SGB IX klar abgegrenzt, so dass Probleme im Hinblick auf die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern auch nicht zu erwarten sind. Im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben erbringen die Integrationsämter die erforderlichen Leistungen in enger Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeit und den übrigen Rehabilitationsträgern. Notwendige Absprachen erfolgen im Rahmen der Koordinierung nach § 10 SGB IX. Erforderliche Klärungen im Hinblick auf die jeweilige Zuständigkeit werden im Übrigen auch von den Integrationsfachdiensten vorgenommen, die im Auftrag der Integrationsämter in den Betrieben und Dienststellen die arbeitsbegleitende Betreuung der Beschäftigten wahrnehmen und auch Ansprechpartner für die Arbeitgeber sind.

11. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Nutzung (bzw. Gewährung) der Regelung zur Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entsprechend § 15 (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen) durch Antragsteller, bei denen Anträge auf Leistungen durch Rehabilitationsträger nicht fristgemäß entsprechend § 14 (Zuständigkeitserklärung) entschieden wurden?

Die Bundesregierung hat über die Zahl der Fälle, in denen bisher eine Kostenerstattung nach § 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX erfolgt ist, keine Erkenntnisse. Auch die Verbände behinderter Menschen, die Länder und die Rehabilitationsträger haben anlässlich der Besprechung am 19. April 2002 erklärt, dass ihnen bisher kein Fall bekannt ist.

12. Wie können Arbeitsassistenzen finanziell und materiell so gestaltet und abgesichert werden, dass die ausgereichten Mittel den betreffenden behinderten Menschen tatsächlich und im vollen Umfang zur Verfügung stehen und nicht, z. B. durch Erhebung der Arbeitgeberanteile von steigenden Krankenversicherungs- und anderen Pflichtbeiträgen, zu ihren Ungunsten reduziert werden?

Für die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz werden dem schwerbehinderten Menschen von den Integrationsämtern – teilweise aus Mitteln der zuständigen Rehabilitationsträger – finanzielle Mittel als Geldleistung in Form eines persönlichen Finanzbudgets zur Verfügung gestellt. Über die bestehenden Fördermöglichkeiten werden die schwerbehinderten Menschen von den Integrationsämtern eingehend beraten. Das schließt auch eine Anleitung für die Wahrnehmung der Arbeitgeberfunktion schwerbehinderter Menschen bei selbstorganisierter Arbeitsassistenz ein. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen sieht in den von ihnen entwickelten und mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung abgestimmten „Vorläufigen Empfehlungen für die Erbringung finanzieller Leistungen zur Arbeitsassistenz schwerbehinderter Menschen gemäß § 102 Abs. 4 SGB IX“ – ab-

hängig von dem individuellen Unterstützungsbedarf – gestaffelte monatliche Beträge vor. Diese Beträge berücksichtigen in ihrer Höhe, dass die Assistenzkraft nicht selbst arbeitsausführende, sondern unterstützende Tätigkeiten ausübt, und gehen deshalb von einem durchschnittlichen monatlichen Entgelt einer Hilfskraft aus. Die Beträge sind „Bruttobeträge“, das heißt, hierin sind Steuern und Arbeitgeberanteile zu den Sozialversicherungsbeiträgen eingerechnet, die der schwerbehinderte Mensch, soweit er gegenüber der Assistenzkraft Arbeitgeber ist, abzuführen hat. Die „Vorläufigen Empfehlungen“ werden zurzeit überarbeitet. Die Empfehlungen werden auch weiterhin eine „Öffnungsklausel“ enthalten, die vorsieht, dass diese Beträge im Einzelfall angemessen erhöht werden können. Im Übrigen können Leistungen zur Arbeitsassistenz auch zusammen mit Leistungen an Arbeitgeber zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen (§ 27 der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung) erbracht werden. Die Bundesregierung geht deshalb davon aus, dass die zur Verfügung gestellten Geldleistungen grundsätzlich ausreichen, die notwendigen Kosten einer Arbeitsassistenz zu decken.

13. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Arbeit von interdisziplinären Frühförderstellen und den im § 30 (Früherkennung und Frühförderung) Abs. 3 SGB IX vorgesehenen Komplexleistungen von Frühförderung und heilpädagogischen Leistungen, um Hilfen ganzheitlich und am individuellen Bedarf des jeweiligen Kindes orientiert auszurichten?

14. Wie gestaltet sich nach Erkenntnis der Bundesregierung in der Praxis die Wahrnehmung der leistungsrechtlichen Verantwortung für die Frühförderung, einschließlich der heilpädagogischen Anteile, zwischen den Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern und wie sollen die bestehenden unterschiedlichen Rechtsauffassungen in Zukunft dauerhaft geklärt werden?

15. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Stand der in diesem Zusammenhang abzuschließenden „gemeinsamen Empfehlungen“ entsprechend § 30 (Früherkennung und Frühförderung) Abs. 3?

Bei der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder handelt es sich um ein interdisziplinär abgestimmtes System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen. Die Leistungen werden vornehmlich durch interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren ausgeführt. Interdisziplinäre Frühförderstellen sind familien- und wohnortnahe Einrichtungen, die im Rahmen eines interdisziplinären Konzeptes ambulant und/oder mobil Kindern und ihren Eltern umfassende Hilfen anbieten, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Für die durch interdisziplinäre Frühförderstellen erbrachten Leistungen – aber auch für die von den Sozialpädiatrischen Zentren ausgeführten Leistungen – sind verschiedene Leistungsträger zuständig, in der Regel die Träger der Sozialhilfe und die gesetzlichen Krankenkassen. Aufgrund der zersplitterten Leistungszuständigkeit war es in der Vergangenheit für die Eltern behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder oft schwierig, die erforderlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen; Streitigkeiten der Leistungsträger wurden häufig auf dem Rücken der Kinder und ihrer Eltern ausgetragen. Hinzu kommt, dass es in der Bundesrepublik Deutschland ein sehr heterogenes System von Frühförderstellen gibt und eine Vielzahl von unterschiedlichen Finanzierungsabsprachen besteht.

Um die Inanspruchnahme der Leistungen zu erleichtern und zu beschleunigen, wurden mit dem SGB IX die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder als Komplexleistung ausgestaltet. Kinder und ihre Eltern sollen die Leistungen koordiniert „aus einer Hand“ erhalten unabhängig davon, welcher Leistungsträger letztlich für die erforderlichen Leistungen zuständig ist.

Zu Problemen bei der Umsetzung der Regelungen zur Früherkennung und Frühförderung kam es, als das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen den Trägern der Sozialhilfe in Bayern in einem Rundschreiben zum Inkrafttreten des SGB IX mitteilte, dass Leistungen in den interdisziplinären Frühförderstellen aufgrund der Regelungen des SGB IX nunmehr der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen seien und die Sozialhilfeträger für diese nur noch nachrangig zuständig seien. Es wurde ihnen empfohlen, bereits ergangene Bescheide aufzuheben und neue Anträge an die Krankenkassen abzugeben. Dieses Vorgehen hat über Bayern hinaus zu Unsicherheiten sowohl bei den Leistungsträgern als auch bei den Einrichtungen und den Eltern behinderter Kinder geführt.

Bereits am 21. August 2001 hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit den Ländern und den beteiligten Rehabilitationsträgern in einem Rundschreiben mitgeteilt, dass die Sozialhilfeträger durch § 30 SGB IX nicht entbunden worden sind, Leistungen im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung zu erbringen, einschließlich der Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen. Gleichzeitig wurden die Rehabilitationsträger aufgefordert, sich schnellstmöglich in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 30 Abs. 3 SGB IX unter anderem über die Abgrenzung der Leistungen und die Übernahme oder Teilung der Kosten zu verständigen.

Damit die Unsicherheiten der Leistungsträger nicht auf dem Rücken der Kinder und deren Eltern ausgetragen werden, haben sich zwischenzeitlich die Beteiligten in Bayern darauf verständigt, dass auch die Sozialhilfeträger weiterhin vorläufig Leistungen der interdisziplinären Frühförderung erbringen. Soweit auch in anderen Ländern unterschiedliche Sichtweisen der Leistungsträger bestehen, gibt es dort ähnliche Moratorien; so unter anderem in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat eine Fachgruppe der Rehabilitationsträger unter Beteilung von Vertretern der Verbände behinderter Menschen einen Entwurf für eine entsprechende Vereinbarung erarbeitet. Die Geschäftsführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation rechnet damit, dass der Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ in Kürze einen Vorschlag beschließen wird, der dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den Ländern zur Herstellung des Benehmens zugeleitet wird. Anlässlich der Besprechung am 19. April 2002 hat der Vertreter der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., der Mitglied der Fachgruppe ist, ebenfalls einen positiven Abschluss der Beratungen in Aussicht gestellt.

Gleichwohl hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die an der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder beteiligten Rehabilitationsträger darauf hingewiesen, dass für den Fall des Nichtzustandekommens einer Einigung über den Abschluss einer gemeinsamen Empfehlung nach § 30 Abs. 3 SGB IX, eine Verunsicherung der Eltern behinderter Kinder erforderlichenfalls durch den Erlass einer Rechtsverordnung beendet wird.

Der gegenwärtige Entwurf der gemeinsamen Empfehlungen nach § 30 Abs. 3 SGB IX berücksichtigt die Vielfalt des Systems von Frühförderstellen, indem er zur Teilung der Kosten vorsieht, dass

– die Leistungen zur Förderung und Behandlung durch interdisziplinäre Frühförderstellen zwischen 55 % und 80 % von den Sozialhilfeträgern und zwischen 20 % und 45 % von den gesetzlichen Krankenkassen sowie

– die Leistungen zur Behandlung und Förderung in Sozialpädiatrischen Zentren bis zu 80 % von den gesetzlichen Krankenkassen und bis zu 20 % von den Sozialhilfeträgern getragen werden.

16. Welchen Regelungsbedarf sieht die Bundesregierung hinsichtlich der Versorgung behinderter Menschen mit Leistungen und weiteren Hilfsmitteln bzw. Hilfen zur Teilhabe nach § 55 (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) unter dem Aspekt, dass die Art der Hilfsmittel und Hilfen hier – anders als bei Leistungen nach §§ 31 und 33 SGB IX – im Gesetz nicht näher definiert ist und so den Rehabilitationsträgern ein sehr dehnbarer Ermessensspielraum bleibt?

Die Bundesregierung sieht hier keinen über das geltende Recht hinausgehenden Regelungsbedarf. Die §§ 55 ff. SGB IX, die sich an bewährte Maßnahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) anlehnen, lassen den Rechtsanwendern den notwendigen Raum für einzelfallbezogene Entscheidungen nach pflichtgemäßem Ermessen. Pauschalierende und damit einschränkende gesetzliche Vorabfestlegungen wären hier aus der Sicht der Bundesregierung eher hinderlich.

Wo gesetzliche Präzisierungen im wohlverstandenen Interesse der behinderten Menschen liegen, wurden sie bereits getroffen, und zwar entweder im SGB IX selbst (insbesondere in den §§ 56 bis 58 SGB IX) oder an anderer geeigneter Stelle (insbesondere in der Eingliederungshilfe-Verordnung).

17. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, mit Hilfe des SGB IX die von der Bundesvereinigung „Lebenshilfe“ auf dem o. a. „Parlamentarischen Abend“ vorgetragenen Probleme im Interesse der betroffenen Menschen mit Behinderungen und ihrer Angehörigen zu lösen, indem

a) durch die Schaffung von entsprechenden Rechtsnormen (z. B. Streichung des Kostenvorbehalts in § 3a BSHG) das Prinzip „ambulant vor stationär“ und damit der Vorrang der offenen Hilfen tatsächlich durchgesetzt wird?

b) durch die Vereinheitlichung der Einkommensgrenze nach § 79 BSHG der Übergang vom vollstationären in das ambulant betreute Wohnen gerechter und selbstbestimmtes Leben unterstützender gestaltet wird?

Der Vorrang der offenen Hilfe wird im Sozialhilfebereich auch tatsächlich durchgesetzt. Es gehört seit jeher zu den Grundprinzipien der Sozialhilfe, den Hilfesuchenden, insbesondere den behinderten Menschen, solange es nur eben verantwortbar ist, in seiner gewohnten Umgebung zu belassen. So schreibt die Vorschrift des § 3a BSHG den Vorrang der offenen Hilfe für den gesamten Anwendungsbereich des BSHG fest. Danach ist die erforderliche Hilfe soweit wie möglich außerhalb von Einrichtungen zu gewähren. Diese Bestimmung beruht auf der Überlegung, dass ambulante Hilfen in der Regel sachgerechter, menschenwürdiger und kostengünstiger sind. Der generelle Vorrang der offenen Hilfe gilt allerdings ausnahmsweise nicht, wenn eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden und eine geeignete stationäre Hilfe zumutbar wäre. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in Einzel-

fällen der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger oder behinderter Personen rund um die Uhr erheblich höhere Kosten als bei der stationären Unterbringung entstehen. Steht eine im Einzelfall zumutbare geeignete Einrichtung zur Verfügung, dann muss dem Sozialhilfeträger auch die Abwägung erlaubt sein, ob z. B. eine Pflege rund um die Uhr in der eigenen Wohnung verhältnismäßig ist, wenn sie erhebliche Mehrkosten für die steuerfinanzierte Sozialhilfe verursacht. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände des Betroffenen angemessen zu berücksichtigen. Erweist sich dabei eine stationäre Hilfe bereits als unzumutbar, bleibt für die Prüfung der Unverhältnismäßigkeit der Mehrkosten durch den Sozialhilfeträger kein Raum.

Die steuerfinanzierte Sozialhilfe als das unterste Netz der sozialen Sicherung kann nicht darauf verzichten, dass der Hilfebedürftige regelmäßig sämtliche anrechenbare eigene Mittel einzusetzen hat, bevor Sozialhilfeleistungen beansprucht werden können. Dies muss auch bei der im Rahmen ambulanter Unterbringung zu leistende Hilfe zum Lebensunterhalt gelten, bei der der Hilfeempfänger nicht selbst für seinen Unterhalt aufkommen kann. Durch die Einkommensgrenzen nach §§ 79 ff. BSHG, die auch für die vollstationäre Hilfe in besonderen Lebenslagen gelten, wird lediglich sichergestellt, dass dem Hilfebedürftigen, der über ausreichende eigene Mittel verfügt, ein angemessener Betrag zur Bestreitung seines Lebensunterhalts und der sonstigen allgemeinen Lebensbedürfnisse verbleibt. Würde die Einkommensgrenze nach § 79 BSHG – wie gefordert – auch für ambulant untergebrachte Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt gelten, und damit eigene Mittel unterhalb der Einkommensgrenze schützen, würde dies eine zu weit reichende Begünstigung bedeuten, weil Leistungen für einen Bedarf zu erbringen wären, der teilweise nicht besteht. Insofern sieht die Bundesregierung keine Veranlassung, im Rahmen des SGB IX Änderungen vorzunehmen.

18. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass sich durch die Neufassung bzw. Ersetzung von Begriffen wie „Maßnahme“ durch „Leistung“, „Krankenhilfe“ durch „Hilfe bei Krankheit“ oder „Rehabilitation“ durch „Leistung zur Teilhabe“ tatsächlich inhaltliche Verbesserungen zeigen?

Die genannten Textfassungen, die vom Deutschen Bundestag und vom Bundesrat ohne Gegenstimmen gebilligt wurden, bringen die in den letzten Jahren veränderte gesellschaftliche und politische Einstellung hinsichtlich der selbstbestimmten Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zum Ausdruck. Das SGB IX enthält eine Vielzahl inhaltlicher Verbesserungen (verbesserte Leistungen, verbesserte Verfahren usw.), die im Sinne der neuen Begrifflichkeit vom Gesetzgeber beschlossen und von den Rehabilitationsträgern gemeinsam mit den anderen Beteiligten umgesetzt werden.

19. Hat die Bundesregierung bisher Verordnungsermächtigungen erlassen, die im SGB IX mehrfach ausgewiesen sind, um die Realisierung von Zielstellungen des SGB IX zu gewährleisten?

    a) Wenn ja, welche und mit welcher Zielstellung?

    b) Wenn nein, warum nicht?

    c) Hat sie die Absicht, bis Ende 2002 entsprechende Verordnungsermächtigungen zu erlassen und wenn ja, welche?

Die Bundesregierung hat von den ihr im SGB IX eingeräumten Verordnungsermächtigungen bisher nur hinsichtlich der Werkstätten-Mitwirkungsverord-

nung Gebrauch gemacht. Sie hat den Erlass weiterer Rechtsverordnungen bisher nicht für erforderlich gehalten; insbesondere sieht sie bisher nicht die Notwendigkeit, den im Gesetz enthaltenen Vorrang von Lösungen der Selbstverwaltung durch Rechtsverordnungen der Bundesregierung zu ersetzen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat die an der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder beteiligten Rehabilitationsträger darauf hingewiesen, dass es für den Fall des Nichtzustandekommens einer Einigung über den Abschluss einer gemeinsamen Empfehlung nach § 30 Abs. 3 SGB IX eine Verunsicherung der Eltern behinderter Kinder erforderlichenfalls durch den Erlass einer Rechtsverordnung beenden wird.

20. Nach welchen „einheitlichen Grundsätzen", in welcher Höhe und von wem werden Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfekontaktstellen in ihrer Arbeit entsprechend § 29 (Förderung der Selbsthilfe) gefördert?

Nach § 29 SGB IX sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, von den Trägern der medizinischen Rehabilitation nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden.

Die hiernach vorgeschriebenen einheitlichen Fördergrundsätze sind gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX in gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger zu vereinbaren. Dies wird im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter Beteiligung der maßgeblichen Interessenverbände insbesondere der Verbände der Selbsthilfe behinderter Menschen erfolgen. Bei der Erarbeitung der Fördergrundsätze ist auf trägerspezifische Vorgaben und Grundsätze Rücksicht zu nehmen; die Krankenkassen sind durch § 20 Abs. 4 SGB V gebunden, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung durch § 31 SGB VI, § 29 SGB IX und die Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX werden im Ergebnis also darauf hinauslaufen, die Förderpraxis der anderen Trägergruppen in sachgerechter Weise mit den verbindlichen Vorgaben der Krankenversicherung abzustimmen.

Zur Vorbereitung der Erarbeitung der einheitlichen Grundsätze haben sich die Träger der Sozialversicherungen bereits im letzten Jahr zu Gesprächen getroffen, in denen es vor allem um einen Erfahrungsaustausch über die derzeitige Förderpraxis der unterschiedlichen Träger ging. Die gesetzlichen Krankenkassen fördern die Selbsthilfe seit März 2000 im Rahmen des § 20 Abs. 4 SGB V nach gemeinsamen und einheitlichen Fördergrundsätzen, die ihre Spitzenverbände mit den Dachverbänden der Selbsthilfe erarbeitet haben. Im Jahr 2001 haben sie dabei nach den vorläufigen Daten der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung rund 13,9 Mio. Euro (rund 27,2 Mio. DM) für die Selbsthilfeförderung aufgewendet.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333